

**Praktikabilität und Notwendigkeit
der Pelviskopie in einem mittelgroßen,
kommunalen, nicht-universitären
Krankenhaus
(Ein 5-jähriger Erfahrungsbericht)**

Vorgelegt

von

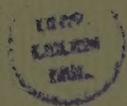
Wolfgang R. Schlömer

aus

Köln

*Diss. Erlangen
1983*

1983 # 460



Aus der Frauenklinik (Chefarzt: Prof. Dr. D. Berg)
des Städtischen Marienkrankenhauses Amberg
Lehrkrankenhaus der Friedrich-Alexander-Universität
Erlangen-Nürnberg

PRAKTIKABILITÄT UND NOTWENDIGKEIT DER PELVSKOPIE
IN EINEM MITTELGROSSEN, KOMMUNALEN,
NICHT-UNIVERSITÄREN KRANKENHAUS
(Ein 5-jähriger Erfahrungsbericht)

Inaugural - Dissertation
zur Erlangung der Doktorwürde
der Medizinischen Fakultät
der Friedrich-Alexander-Universität
Erlangen-Nürnberg

vorgelegt von
Wolfgang R. Schlömer
aus Köln
Erlangen , 1983

Gedruckt mit Erlaubnis der Medizinischen Fakultät
der Universität Erlangen-Nürnberg

Dekan: Prof. Dr. F. Wolf

Referent: Prof. Dr. D. Berg

Korreferent: Prof. Dr. K.-G. Ober

Tag der mündlichen Prüfung : 28.11.1983

gewidmet

meinen Eltern

meinen Geschwistern

Yvonne

Praktikabilität und Notwendigkeit
der Pelviskopie in einem mittel-
großen, kommunalen, nicht-universitären
Krankenhaus

(Ein 5-jähriger Erfahrungsbericht)

1. Einleitung
2. Literaturübersicht
 - 2.1 Indikationen
 - 2.2 Komplikationen
 - 2.3 Diagnostische Übereinstimmung
 - 2.4 Andere in der Literatur besprochene Probleme
3. Material und Methodik
4. Indikationen
5. Ergebnisse
 - 5.1 Ergebnisse bei diagnostischer Pelviskopie
 - 5.2 Ergebnisse bei therapeutischer Pelviskopie
 - 5.3 Komplikationen
6. Diskussion
7. Literaturverzeichnis
8. Zusammenfassung

1. Einleitung

Die Bauchspiegelung in der Frauenheilkunde, je nach Standpunkt gynäkologische Laparoskopie (FRANGENHEIM) oder Pelviskopie (SEMM) genannt, hat heute einen festen Platz unter den modernen Untersuchungsverfahren in gynäkologischen Kliniken. Die Pelviskopie ist ein weltweit anerkannter und häufig praktizierter gynäkologischer Eingriff.

Eine kritische Prüfung erscheint jedoch - bei jeder neu eingeführten Technik - nach einem gewissen Zeitraum angebracht, besonders wenn man berücksichtigt, daß die Pelviskopie den universitären Rahmen verlassen hat und zu einer Routinemaßnahme aller Kliniken geworden ist. Der Schwerpunkt dieser Arbeit liegt daher auf der Prüfung der Frage, welche Erfahrungen mit der Pelviskopie im klinischen Routineeinsatz gemacht werden konnten.

Die vorliegende Arbeit untersucht anhand von 1.145 Pelviskopien, die in den Jahren 1974-1978 an der Frauenklinik des Städtischen Marienkrankenhauses Amberg durchgeführt wurden, Indikationen und diagnostische Ergebnisse und vergleicht sie mit Erfahrungen anderer Autoren in der Literatur.



Es wird im folgenden gezeigt, wie häufig die Vermutungsdiagnose bei diagnostischen Pelviskopien bestätigt werden konnte, in wieviel Prozent ein anderer pathologischer Befund vorlag und wie oft bei den untersuchten Patientinnen ein normaler innerer Genitalbefund erhoben werden konnte. Es werden die Häufigkeit und Schwere der aufgetretenen Komplikationen erörtert und die Praktikabilität und Notwendigkeit der Pelviskopie in einem mittelgroßen, kommunalen, nicht-universitären Krankenhaus dargelegt.

2. Literaturübersicht

2.1 Indikationen

Pelviskopien lassen sich unterteilen in diagnostische und therapeutische Eingriffe. Die Indikationen für beide Bereiche sind zahlreich und richten sich, besonders bei den therapeutischen, nach den Fähigkeiten und Möglichkeiten des Operateurs und der Klinik. SEMM (51) führt eine Vielzahl von Gründen an.

Tabelle 1 gibt einen Überblick über die Indikationen für eine diagnostische Pelviskopie, geordnet nach der in der Literatur beschriebenen Häufigkeit.

Eine therapeutische Pelviskopie wird in erster Linie zwecks Sterilisation durchgeführt, daher beschäftigen sich viele Autoren ausschließlich mit diesem Thema (1,2,18,28,31,33,34,47).

2.2 Komplikationen

FRANGENHEIM (10) hat auftretende Komplikationen bei Pelviskopien ausführlich diskutiert. Er geht auf technisch-methodische Probleme näher ein und beschreibt die Komplikationen, die intra pelviscopiam auftreten können, sei es durch Ursachen, die im Operationssitus begründet sind, sei es durch diagnostische Fehler und Irrtümer von Seiten des Operateurs.

FRANGENHEIM zitiert Mortalitäts- und Morbiditätsrate der American Association of gynaecological laparoscopists(AAGL). So betrug die Mortalitätsrate bei diagnostischen Pelviskopien in den USA im Zeitraum 1975-1977 3 Todesfälle/100.000 Pelviskopien.

Für Deutschland sind keine genauen Zahlen bekannt.

FRANGENHEIM selbst sind 18 Todesfälle aufgrund von Läsionen der großen Gefäße berichtet worden.

SEMM spricht in seiner Umfrage (50) von einer Letalitätsquote kleiner als 1:100.000.

STARK, HEISE und BISCHOFF (52) haben bei 10-jährigen Erfahrungen mit der Pelviskopie keine Todesfälle, keine notwendigen Laparotomien, keine schweren Blutungen gesehen. Die Komplikationsrate betrug bei ihnen 1,6%.

Bei Tubensterilisationen tritt als häufigste Komplikation eine Blutung auf, die beim Durchtrennen der Tuben entsteht. Auf dieses Problem geht aus tierexperimenteller Sicht die Arbeit von KASTENDIECK und MESTWERDT (29) ein. In Tierversuchen mit Kaninchen erwies sich die Elektrokoagulation mit und ohne Durchtrennung der Tuben hinsichtlich der Sterilisation als gleichermaßen zuverlässig. Die Autoren lehnen deshalb eine Durchtrennung wegen der klinisch nachgewiesenen höheren Komplikationsrate ab. Zahlreiche Autoren schließen sich dieser Meinung an (2,22,24,26,53).

ÖBER (39) meint, es sei umstritten, ob die Durchtrennung der Eileiter im Anschluß an die Koagulation die Sicherheit der Maßnahme erhöht.

Bei der Elektrokoagulation wird eine Komplikationsrate von 0 - 5,8% angegeben (5,53).

Bei therapeutischen Pelviskopien kommt es nicht selten zu Verbrennungen der Haut und des Darms, nach HIRSCH (26) in einer Häufigkeit bis zu 0,7%.

Als seltenere Komplikationen finden sich in der Literatur Läsionen von Harnleiter (5) und Harnblase (27), eine Inkarzeration einer Mesenterialhernie nach Pelviskopie (8) und Aortenverletzungen (9).

In einem Fall an der Universitätsfrauenklinik Frankfurt kam es durch Adhaesiolyse mit unipolarer Elektrode zu einer Läsion der Arteria iliaca externa, die glücklicherweise beherrscht werden konnte, aber zu bleibenden Behinderungen des betroffenen Beines führte (3a).

Prä- bzw. retroperitoneale Emphyseme kommen vor (7,53).

2.3 Diagnostische Übereinstimmung

BAILER und RAUSKOLB (3) erzielten bei 187 diagnostischen Pelviskopien eine Übereinstimmung zwischen Vermutungsdiagnose und endgültiger Diagnose von 46%. In 11% wurde ein anderer pathologischer Befund erhoben, bei 40% der Patientinnen fand sich ein normaler innerer Genitalbefund und 3% waren pelviskopisch nicht abklärbar.

BURMUCIC, LAHOUSEN und KÜMETTER (7) legen einen 6-jährigen Erfahrungsbericht mit 380 diagnostischen Pelviskopien vor. In 153 Fällen (40,3%) wurde die Vermutungsdiagnose bestätigt. In 39,5% (150 Fälle) konnte ein anderer pathologischer Befund erhoben werden und in 16,5% (63 Fälle) fand sich ein unauffälliger Genitalbefund. Unklar blieb die Diagnose in 14 Fällen (3,7%).

KLEIBL, CHRIST und EBERLEIN (30) fanden bei 700 diagnostischen Pelviskopien eine Bestätigung der klinischen Diagnose in 36%. In 15,3% erwies sich diese als falsch. Bei 14,4% der Frauen wurde an den Geschlechtsorganen nichts Krankhaftes entdeckt.

Tabelle 2 gibt einen Überblick über die in der Literatur angegebenen Prozentzahlen hinsichtlich Übereinstimmung von Vermutungsdiagnose und tatsächlicher Diagnose.

HAUBER (19) zitiert zwei Kollektive von Patientinnen mit der Vermutungsdiagnose "akute bzw. chronische Adnexitis". Im 1.Kollektiv (814 Frauen) wurde die Diagnose in 65% bestätigt. Bei den 1.000 Patientinnen der 2. Untersuchungsreihe fand sich eine Übereinstimmung nur in 45%.

HAUBER geht weiter auf den Problemkreis "unklare Unterbauch-Schmerzen" ein, bei denen in ca. 40% eine psychogene Pelvi-pathie vorliegt. Diese Unterbauch-Beschwerden sind Ausdruck einer meist unbewußten Konfliktsituation.

MÄDER, KÄSER und HAAG (37) berichten von 1.000 Pelviskopien, bei denen 22% (220) wegen unklarer Unterbauch-Schmerzen vorgenommen wurden. In 30% zeigte sich ein normaler innerer Genitalsitus, 70% der pelviskopierten Patientinnen wiesen organische Befunde auf.

MÄDER, KÄSER und HAAG zitieren DUGNAN, der bei seinen Untersuchungen nur 37,8% organische Befunde angibt.

SEMCHYSHYN und STRICKLER (44) referieren über 1.061 Pelviskopien (80% davon diagnostisch). Ein normaler Genitalbefund ergab sich bei 48% aller Pelviskopien. Bei diagnostischen Eingriffen mit der Vermutungsdiagnose "unklare Unterbauch-Schmerzen" fand sich bei 66% der Fälle ein normaler innerer Genitalbefund.

Eine Übereinstimmung von Vermutungsdiagnose und endgültiger Diagnose wird berichtet für Endometriose in 43%, für Extra-uterin-gravidität in 8% und für polycystische Ovarien in 66%.

STRUBEN (53) fand bei 187 Fällen mit unklaren Unterbauch-Schmerzen in 75% mehr oder weniger gravierende pathogenetische Befunde.

BRÄCKEBUSCH, SCHRÖDER, GIESEL und SEMM (4) berichten von 306 diagnostischen Pelviskopien (von insgesamt 1.886 in den Jahren 1977-1978) mit der Indikation "chronische, unklare Unterbauch-Beschwerden". In 153 Fällen (50%) waren Adhäsionen ursächlich für die geklagten Beschwerden verantwortlich zu machen. In 14,7% (45 mal) ergab sich kein anatomisch - pathologisches Korrelat.

2.4 Andere in der Literatur besprochene Probleme

Auf technische Probleme bei diagnostischen und therapeutischen Pelviskopien geht vor allem SEMM in vielen Arbeiten ein (45, 46, 47, 48, 49): Erzeugen des Pneumoperitonäums schrittweise (Nabel-desinfektion, Nadeltast, Einstich der Verres-Nadel, Aspirationstest, Insufflationsbeginn, Manometertest), Sondierungstest, Insertion des Trokars, Einführen der Optik, Zweiteinstich, evtl. Chromopertubation, Beendigung mit Wundversorgung.

Auch viele andere Autoren beschäftigen sich mit neuen Entwicklungen und Techniken zum Anlegen des Pneumoperitonäums und zur Durchführung der Pelviskopie (25,28,38,41,42).

Erfahrungen mit Tubenclips bei therapeutischen Pelviskopien werden in der Literatur zunehmend geschildert, dennoch konnte sich das Verfahren als Routinemethode bisher noch nicht durchsetzen (1,12,33).

Auf psychosomatische Probleme wird leider wenig eingegangen. FRICK - BRUDER (17) geht in ihrer Arbeit "Unterleibsschmerzen mit psychosomatischer Genese" vor allem auf die schwierige Arzt - Patientin - Beziehung ein. Sie zeigt die Entstehungsweise der Beschwerden auf und gibt Hinweise für den therapeutischen Umgang mit den Patientinnen.

3. Material und Methodik

Zwischen 1. Januar 1974 und 31. Dezember 1978 wurden an der Frauenklinik des Städtischen Marienkrankenhauses Amberg 1.145 Pelviskopien durchgeführt (Abbildung 1), davon 589 aus diagnostischen Gründen und 556 zwecks Sterilisation.

Die Aufschlüsselung des Familienstandes bei 1.145 Frauen ergibt, daß 80% von ihnen verheiratet waren.

1/5 (235) waren Privatpatientinnen.

Abbildung 2 zeigt die Altersverteilung der Frauen.

24% (271) stammten aus der Altersgruppe 35-40 Jahre.

Die jüngste Patientin war 14 Jahre, die älteste 77 Jahre alt.

Betrachtet man diagnostische und therapeutische Pelviskopien getrennt, so ergibt sich folgendes Bild:

Von 589 Frauen mit diagnostischem Eingriff waren 66% verheiratet.

Die Mehrzahl der Patientinnen, nämlich 61% (360) war bis 30 Jahre alt (Abbildung 3).

Knapp 1/4 (141) waren Privatpatientinnen. 20 mal wurde eine Kontrollpelviskopie (Second-Look-Pelviskopie) durchgeführt, hauptsächlich nach Endometriose-Behandlung (7) und operiertem Ca (7).

Bei den 556 Sterilisationen war der weit überwiegende Teil der Patientinnen verheiratet (95% = 529).

81% der Frauen waren älter als 30 Jahre (Abbildung 4).

Bei 1/6 (94) handelte es sich um Privatpatientinnen.

Die Verteilung der Geburtenzahl der sterilisierten Frauen zeigt Abbildung 5. Patientinnen mit 3 Kindern (27%) waren hier am häufigsten anzutreffen.

Der pelviskopische Eingriff erfolgte in Intubationsnarkose nach der von SEMM beschriebenen Methode (45,51), meist mit 2. Einstich. Anlegen des Semm'schen Adapters und Auffüllen des Abdomens über die Verres-Nadel mit ca. 4 l CO_2 .

Mit dem Skalpell kleine Incision der Rectusfascie vordem Durchstechen des Trokars. Damit soll und kann vermieden werden, daß der Trokar mit Gewalt eingeführt wird. Einführen des Pelviskops im Nabel und des Zusatzbestecks seitlich unterhalb davon. Am Ende der Operation Ablassen des Pneumoperitonäums und Wundverschluß.

Ein Oberarzt leitete den operativen Eingriff.

4. Indikationen

Die Indikationen für diagnostische Pelviskopien sind sehr vielfältig. Die häufigsten Vermutungsdiagnosen, die Anlaß zu einem Eingriff gaben, sind in Tabelle 3 aufgeführt. Am häufigsten war eine Pelviskopie wegen unklarer Unterbauch-Schmerzen (in 27%) indiziert.

Bei den pelviskopischen Tubensterilisationen ergaben sich die Indikationen aus medizinischen, genetischen und sozialen Gründen.

Voraussetzungen für freiwillige Sterilisation waren unter anderen Unverträglichkeit hormonaler Kontrazeptiva und IUDs, Varikosis, erfüllter Kinderwunsch und negative soziale und wirtschaftliche Verhältnisse.

208 (von 556) Sterilisationen erfolgten post partum.

Heute werden die meisten Sterilisationen in Amberg post partum durch einen kleinen bogenförmigen Schnitt innerhalb des Nabels ausgeführt. Man vermeidet dabei das (geringe) Risiko der Pelviskopie, hat keine zusätzlichen Nachteile und der Eingriff ist sogar kürzer.

Ist bei der Pelviskopie primär oder sekundär mit Schwierigkeiten zu rechnen, wird die sogenannte " offene Pelviskopie " durchgeführt:

Nach einem kleinen bogenförmigen Schnitt innerhalb des Nabels wird das Peritoneum analog zum Vorgehen bei Laparotomien eröffnet, die Serosa angezügelt, die stumpfe Führungshülse mit Mandrin eingeführt und an der Serosa luftdicht fixiert.

Nach Insufflation von 4 Litern Co_2 wird der Mandrin durch das Pelviskop ersetzt.

5. Ergebnisse

Von 1.145 Pelviskopien der Jahre 1974-1978 konnten 1.120 ausgewertet werden, davon 581 (52%) diagnostische Eingriffe und 539 (48%) Tubensterilisationen.

Tabelle 4 gibt einen Überblick über alle erhobenen OP-Befunde bei 1.120 Pelviskopien.

5.1 Ergebnisse bei diagnostischer Pelviskopie

Die häufigsten Vermutungsdiagnosen vor diagnostischer Pelviskopie zeigt Tabelle 3.

158 mal waren unklare Unterbauch-Beschwerden Indikation für eine diagnostische Abklärung.

Tabelle 5 beinhaltet die Ergebnisse intra pelviscopiam. In 55% der Fälle (87) konnte kein pathologischer Befund erhoben werden.

Bei den 45% (71) pathologischen Befunden stand die akute/chronische Adnexitis mit 17% an der Spitze.

Die Verdachtsdiagnose " Extrauteringravidität " gab 80 mal Anlaß zu pelviskopischer Abklärung.

In 56% (45) konnte die Vermutungsdiagnose nicht bestätigt werden (Tabelle 6).

Ovarialcysten wurden 54 mal vermutet.

Bei 34 Patientinnen (63%) wurde die Diagnose bestätigt (Tabelle 7).

Tabelle 8 führt die Ergebnisse bei der Vermutungsdiagnose " Adnexitis " auf.

In der Hälfte der Fälle (22 = 51%) lag tatsächlich eine Adnexitis den Beschwerden zugrunde. Kein pathologischer Befund wurde bei 35% (= 15) der Patientinnen erhoben. 6 mal (14%) konnten andere Gründe als Ursache der Beschwerden festgestellt werden.

In 45% der Fälle (9) mit der Vermutungsdiagnose " Endometriose " wurde diese bestätigt (Tabelle 9).

Einen Überblick über die diagnostische Übereinstimmung gibt Tabelle 10.

Die Vermutungsdiagnosen konnten bei 43,5% der Frauen bestätigt werden.

Bei weiteren 14% fand sich ein anderer pathologischer Befund.

Ein normaler Genitalbefund wurde bei 42,5% der Patientinnen erhoben.

5.2 Ergebnisse bei therapeutischer Pelviskopie

Die 539 Tubensterilisationen verteilen sich wie folgt:

507 Kauterisationen und 32 Tubenclips.

5.3 Komplikationen

Eine Zusammenstellung der zusätzlichen operativen Maßnahmen bei 1.120 Pelviskopien enthält Tabelle 11.

Zur weiteren Abklärung oder Therapie waren 57 zusätzliche Laparotomien erforderlich (5%), davon 47 bei diagnostischen und 10 bei therapeutischen Pelviskopien.

Tabelle 12 zeigt die Verteilung der leichten Komplikationen bei 1.120 Pelviskopien.

Blutungen traten in 8% der Fälle (= 94) auf, mit 63 am meisten bei Tubensterilisationen und hier wiederum mit 37 (39% aller Blutungen) am weitaus häufigsten beim Durchtrennen der Tuben.

7 Laparotomien waren nötig, um diese Blutungen zu stoppen. Emphyseme wurden bei 1% der Pelviskopien beim Anlegen des Pneumoperitonäums gesetzt. Sonstige Vorkommnisse (z.B. das Abgleiten eines Tubenclips beim Versuch der Anbringung) machten ebenfalls 1% aus.

Schwerwiegende Komplikationen oder Todesfälle kamen im Untersuchungszeitraum nicht vor.

6. Diskussion

In 5 Jahren (1974-1978) wurden im Städt. Marienkrankenhaus Amberg 1.145 Pelviskopien durchgeführt. Das ist für ein kommunales, nicht-universitäres Krankenhaus eine recht hohe Anzahl.

An erster Stelle des Amberger Indikationskatalogs standen unklare Unterbauch-Schmerzen mit 27% aller pelviskopischen Eingriffe (Tabelle 3). Dies deckt sich mit den vorliegenden Untersuchungen in der Literatur; unklare Unterbauch-Schmerzen wurden auch dort am häufigsten behandelt (Tabelle 1). Ein tatsächlicher, organischer Befund fand sich bei 45% der Amberger Patientinnen (Tabelle 5), was wiederum den Literaturangaben entspricht, bei denen wir ein Spektrum von 34% - 75% (Tabelle 2) finden. Bei 55% unserer Patientinnen ergab sich kein Anhalt für einen pathologischen Befund.

Nach Mitteilung des negativen Pelviskopie-Ergebnisses waren jedoch oft die Beschwerden der Patientinnen gebessert oder diese sogar beschwerdefrei. Aus diesem Grund ist gerade bei überaus ängstlichen Persönlichkeiten oder Patientinnen mit Karzinophobien (53) eine Pelviskopie zum Ausschluß eines organischen Leidens bzw. einer gravierenden Erkrankung indiziert.

Für die meisten Patientinnen, die zuvor oft von Arzt zu Arzt geschickt wurden, ist es eine Beruhigung und Erleichterung, wenn sie endlich erfahren, daß sie - vielleicht durch ein endoskopisches Photo (51) dokumentiert - ein normales inneres Genitale besitzen. Die richtige Behandlung kann in solchen psychosomatischen Fällen dann auch endlich am eigentlichen Problem ansetzen.

Der Verdacht auf Extrauterin gravidität stand an 2. Stelle (14%) des Indikationskatalogs (Tabelle 3). In der Literatur fand sich dieser Punkt erst an 4. Stelle (Tabelle 1).

Eine Übereinstimmung wurde lediglich in 26% unserer Fälle erreicht (Tabelle 6), in der Literatur sogar nur in 8% (44).

Die relativ niedrige Erfolgsquote von 26% läßt sich vielleicht dadurch erklären, daß in Amberg mit seinem großen Einzugsgebiet die Indikationsstellung sicher oft sehr großzügig gewesen sein dürfte, da viele Patientinnen aus größeren Entfernungen stammten und man sie nicht ohne Ausschluß einer Extrauterin gravidität wegen dieser allzu großen Entfernung zum Krankenhaus entlassen wollte.

Sterilitätsabklärungen standen mit 11% an dritter und der Verdacht auf Ovarialcyste (9%) an vierter Stelle der Indikationen.

Die vermutete Ovarialcyste wurde in 63% bestätigt (Tabelle 7).

In der Literatur finden sich zu diesem Komplex keine genauen Zahlen.

An 5. Position der Indikationsliste finden wir die Verdachtsdiagnose " akute/chronische Adnexitis " (7%). Das entspricht der Häufigkeit der Literaturangaben.

Eine nicht diagnostizierte oder nicht ausreichend therapierte akute/chronische Adnexitis stellt eine der häufigsten Sterilitätsursachen dar (19), daher ist eine genaue Abklärung erforderlich. In 51% wurde eine Bestätigung der Vermutungsdiagnose im Amberger Krankengut erzielt, in der Literatur wird eine Übereinstimmung von Verdachts- und tatsächlicher Diagnose in 65% bzw. 45% (19) berichtet.

Endometrioseverdacht war in 3% der Fälle Anlaß zu einer Pelviskopie. Eine Übereinstimmung fand sich in 45%. Das stimmt fast exakt mit den Literaturzahlen überein (44), die 43% ermittelten.

Man kann also feststellen, daß die Amberger Ergebnisse hinsichtlich Übereinstimmung von Vermutungsdiagnose und tatsächlicher Diagnose mit den in der Literatur angegebenen Prozentzahlen weitgehend übereinstimmen. Insgesamt konnte die Vermutungsdiagnose in 43,5% aller Pelviskopien bestätigt werden (Tabelle 1o). Die Literaturergebnisse streuen hier zwischen 36% und 46% (Tabelle 2).

Ein anderer pathologischer Befund wurde bei uns in 14% ermittelt, während in der Literatur die Zahlen hierzu zwischen 11% und 39,5% schwanken.

Ein normaler innerer Genitalbefund war bei 42,5% der Amberger Patientinnen zu verzeichnen. Die Literaturarbeiten nennen dazu Prozentzahlen zwischen 14,4% und 48%.

Die relativ hohe Quote nicht bestätigter Befunde rechtfertigt im Grunde die Anwendung der Methode in der klinischen Routine eines mittelgroßen, kommunalen Krankenhauses, insbesondere, wenn man berücksichtigt, daß eine Fehldiagnose zur Unterlassung heilender Maßnahmen führt, bzw. zur Behandlung mit untauglichen Mitteln oder umgekehrt eine Behandlung durchgeführt wird, die nicht notwendig ist,

Das gilt insbesondere für die akute/chronische Adnexitis, die in fast der Hälfte (21 von 43 Fällen) fälschlich vermutet wurde und teilweise zu Woche - bis Monate langen Beschwerden geführt hatte. Erst die pelviskopische Klärung führte zur richtigen Behandlung.

Aufgetretene leichte Komplikationen (117 = 10%) - überwiegend Blutungen (8%) (Tabelle 12), vor allem beim Durchtrennen der Tuben bei Sterilisationen - machten lediglich in 7 Fällen eine Laparotomie erforderlich.

Die Komplikationsrate in der Literatur schwankt zwischen 0 - 5,8%, durchschnittlich 1% (zit. n. 53), wobei jedoch meist nicht zwischen leichteren und schwereren Komplikationen unterschieden wird und eine genaue Beurteilung daher schwierig ist.

Die Amberger Komplikationsrate scheint mit 10% im Vergleich mit Literaturangaben (10,30,44,49,53) daher recht hoch zu sein.

In unserem Untersuchungszeitraum kam es jedoch in keinem einzigen Fall zu einer schwerwiegenden Komplikation oder einem Todesfall, wie er vereinzelt in Arbeiten beschrieben wird.

BÄNNINGER (2) berichtet von 11,4% Blutungen und 6 notwendigen Laparotomien bei Tubensterilisationen.

SEMM (49) dagegen gibt eine Komplikationsrate von 1,1% bei einer sehr hohen Zahl von Pelviskopien (3.300) und 4 erforderliche Laparotomien an.

Auch FRANGENHEIM (10) nennt bei hohen Pelviskopiezahlen eine Komplikationsrate von 1,1%, bei denen eine Laparotomie zur Klärung oder zur Beherrschung der Situation nötig war.

Er zitiert die AAGL, die in 2,8% aller erfaßten amerikanischen Eingriffe eine Komplikation vorfanden.

Nun haben SEMM oder auch FRANGENHEIM enorme Erfahrungen auf diesem Gebiet, weshalb man ihre Ergebnisse nicht einfach auf andere gynäkologische Abteilungen, zumal kommunale, nicht-universitäre Kliniken übertragen kann.

Sicherlich ist es wichtig und richtig, daß immer ein Oberarzt die Leitung des pelviskopischen Eingriffs übernehmen sollte und Assistenten erst gegen Ende ihrer Ausbildungszeit relativ selbständig eine Pelviskopie durchführen sollen. Dadurch könnte die Komplikationsrate sicherlich etwas gesenkt werden. Die riesige pelviskopische Erfahrung vor einem selbständigen Eingriff, die SEMM und FRANGENHEIM fordern, ist jedoch wohl etwas unrealistisch.

Blutungen beim Durchtrennen der Tuben machten mit 8% den weitaus größten Teil der leichten Komplikationen in Amberg aus (Tabelle 12). Man könnte dies verhindern bzw. vermindern, wenn man auf eine Durchtrennung verzichtete, was die Zuverlässigkeit des Eingriffs nicht beeinträchtigt, aber die Komplikationsrate deutlich senkt (29). Ein Durchtrennen der Tuben sollte daher zukünftig unterlassen werden.

In Amberg hat sich die Pelviskopie seit ihrer Einführung im Jahre 1974 bestens bewährt. Sie ist, vor allem auch durch ständige Weiterentwicklung und damit Verbesserung auf technischem Gebiet, zu einer Routinemaßnahme geworden.

Die Vorteile einer Pelviskopie im Vergleich mit der bimanuellen Tastuntersuchung zur Klärung einer Diagnose oder der Laparotomie zum Zwecke der Sterilisation liegen heute klar auf der Hand: Großer diagnostischer Wert, geringe Komplikations- und (bei Sterilisationen) Versagerquote, kurze Rekonvaleszenz, kurze Hospitalisationsdauer, dadurch - und das ist heute sehr wichtig - ,zumal in kommunalen Krankenhäusern, deutlich niedrigere Kosten.

SEMM (48,49) behandelt auch Myome und Ovarialkarzinome per pelviscopiam. Seit kurzem gehört selbst die pelviskopische Entfernung des Blinddarms zu seinem OP-Programm. Seiner Ansicht nach kann der routinemäßige Einsatz der Pelviskopie etwa 25% klassischer Laparotomien ersetzen.

Zusammenfassend kann man sagen, daß die Pelviskopie eine für die Patientinnen wenig beeinträchtigende und für die klinische Routine unentbehrliche Methode geworden ist, die jedoch vom Nichtfacharzt nur unter oberärztlicher Leitung durchgeführt werden sollte.

Die Indikationsstellung scheint heute, wenn man die Literaturangaben vergleicht, relativ einheitlich zu sein. Zur Vermeidung unnötiger Laparotomien sollte bei Sterilisationsmaßnahmen auf die Tubendurchtrennung verzichtet werden.

Die Erweiterung des therapeutischen Vorgehens entsprechend den Vorschlägen von SEMM ist bis heute nicht Allgemeingut und bisher noch umstritten.

ABBILDUNG 1

HÄUFIGKEIT DER PELVISKOPHEN AN DER FRAUENKLINIK DES
STÄDT. MARIENKRANKENHAUSES AMBERG IN DEN JAHREN 1974 - 1978

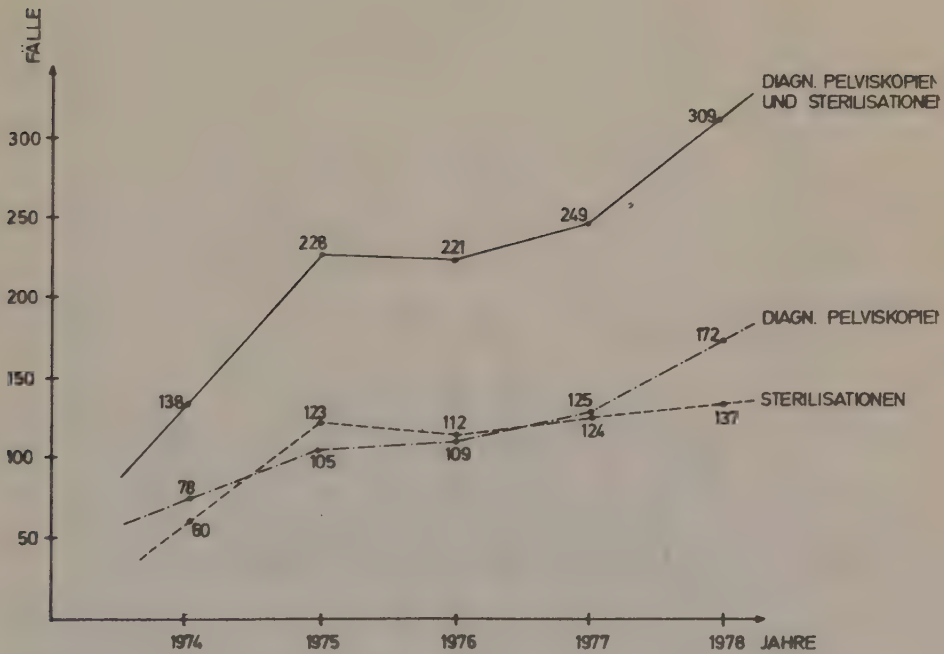


ABBILDUNG 2

ALTERSVERTEILUNG VON 1.145 PATIENTINNEN

STÄDT. MARIENKRANKENHAUS, FRAUENKLINIK, AMBERG, 1974-1978

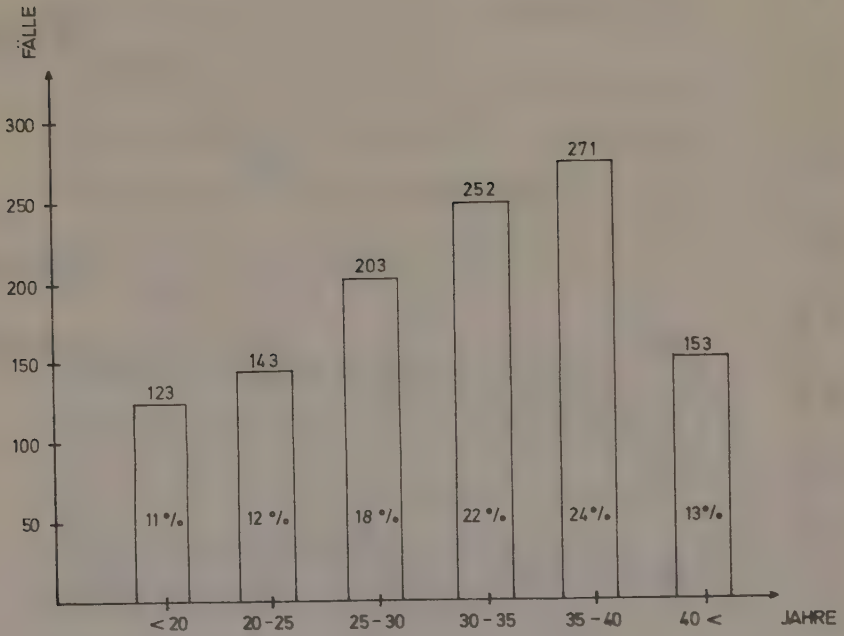


ABBILDUNG 3

ALTERSVERTEILUNG VON 589 FRAUEN MIT DIAGNOSTISCHER PELVISKOPIE
STÄDT. MARIENKRANKENHAUS, FRAUENKLINIK, AMBERG, 1974-1978

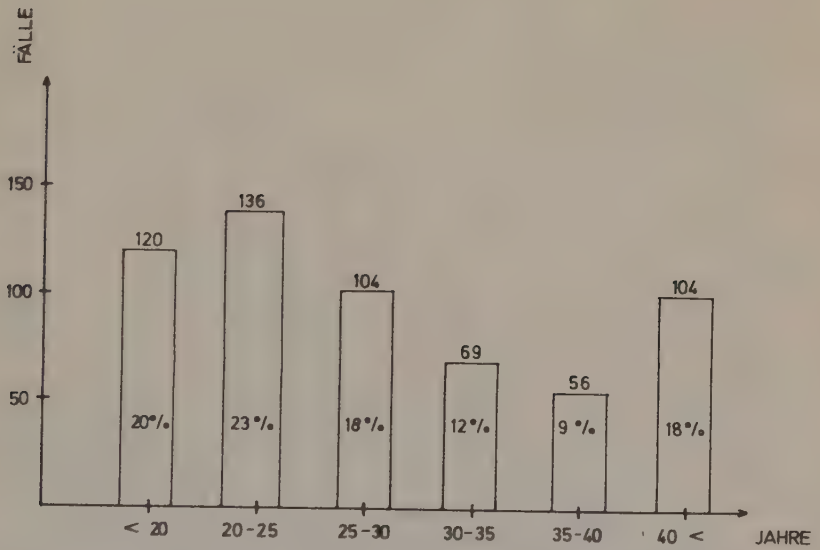


ABBILDUNG 4

ALTERSVERTEILUNG VON 556 PELVISCOPISCH STERILISIERTEN FRAUEN

STÄDT. MARIENKRANKENHAUS, FRAUENKLINIK, AMBERG, 1974-1978

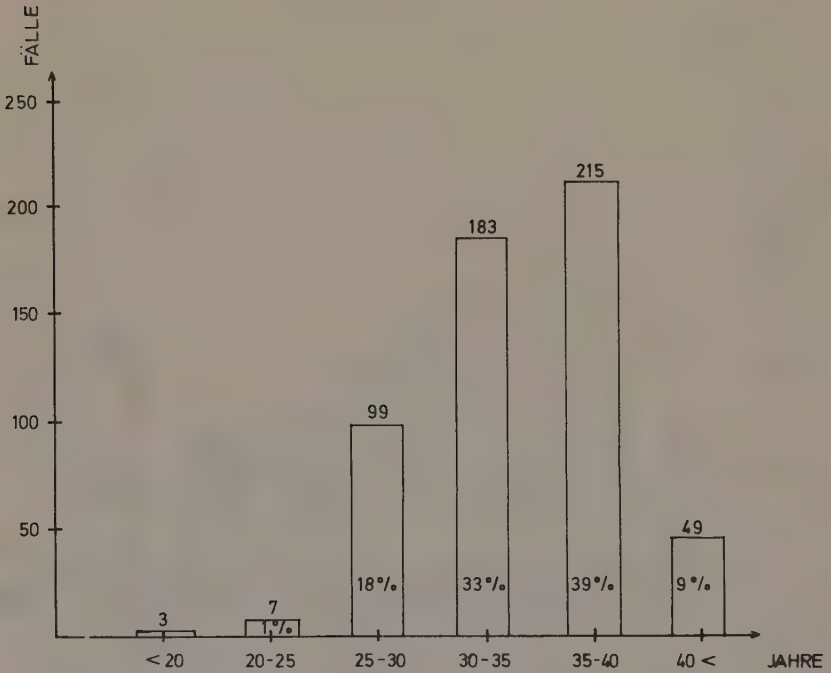


ABBILDUNG 5

VORAUSGEGANGENE GEBURTEN BEI 556 STERILISIERTEN FRAUEN :
STÄDT. MARIENKRANKENHAUS FRAUENKLINIK AMBERG 1974-1978

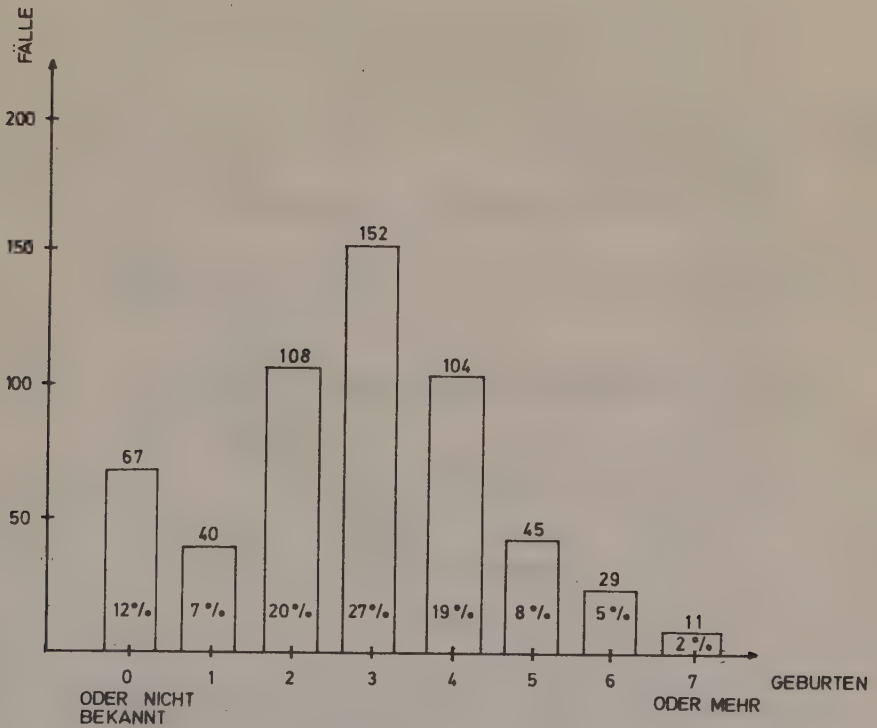


Tabelle 1

Indikationen für diagnostische Pelviskopien

-geordnet nach der in der Literatur beschriebenen Häufigkeit-

-
- | | | |
|----|---|--|
| 1. | Unklare, chronische Unterbauchschmerzen | (3, 4, 6, 11, 17, 30,
35, 37, 44, 53) |
| 2. | Sterilitas in matrimonio | (3, 7, 19, 24, 30, 35, 44, 49, 53) |
| 3. | Verdacht auf Adnexitis | (3, 7, 19, 24, 35, 44, 49, 53) |
| 4. | Verdacht auf Extrauterin gravidität | (7, 30, 44, 49) |
| 5. | Verdacht auf Endometriose | (44, 49) |
| 6. | Andere (z.B. polycystische Ovarien) | (44) |

(Die Zahlen in Klammern weisen auf Autoren hin, die sich mit der jeweiligen Indikation ausführlicher beschäftigt haben)

Tabelle 2

Überblick über die in der Literatur angegebenen Prozentzahlen
hinsichtlich Übereinstimmung von Vermutungsdiagnose und
tatsächlicher Diagnose

Vermutungsdiagnosen	TATSÄCHLICHE DIAGNOSEN							
	1. allgemein	2. chron. UB- Schmerzen (organ. Befund)	3. Adnexi- tis	4. EUG	5. Endo- metriose	6. andere (z.B. polycyst. Ovarien)	7. Normaler innerer Genital- befund	8. Anderer pathol. Befund
allgemein	46% (3) 40,3% (7) 36% (30)						40% (3) 16,5% (7) 14,4% (30) 48% (44)	11% (3) 39,5% (7) 15,3% (30)
chron. UB-Schmerzen		50% (4) 50,5% (30) 70% (37) 37,8% (zit. n. 37) 34% (44) 75% (53)					14,9% (4) 28,1% (30) 30% (37) 66% (44)	
Adnexitis			1. 65% 2. 45% (19)					
EUG				8% (44)				
Endometriose					43% (44)			
Sterilität			22,7% (19)					
andere (z.B. polycyst.Ovarien)						66% (44)		

Tabelle 3

Indikationen zu 589 diagnostischen Pelviskopen

-Es werden die häufigsten Vermutungsdiagnosen
vor einer diagnostischen Pelviskopie aufgezählt-

Städt. Marienkrankenhaus, Frauenklinik, Amberg , 1974-1978

	n	%
1. Unklare Unterbauchschmerzen	160	27%
2. Verdacht auf EUG	80	14%
3. Sterilitas in matrimonio	64	11%
4. Verdacht auf Ovarialcyste	55	9%
5. Adnexitis (akut/chronisch)	43	7%
6. Verdacht auf Endometriose	20	3%
7. Andere	167	28%
TOTAL:		589

Tabelle 4

OP - Befunde bei 1.120 Pelviskopien

- 581 diagn. Pelviskopien ; 539 Tubensterilisationen -
Städt. Marienkrankenhaus, Frauenklinik, Amberg , 1974-1978

	n	%
1. o.B.	61	5%
2. Adnexitis akut (37) chronisch (49)	86	8%
3. Allan-Masters-Syndrom	25	2%
4. Appendicitis akut (5) chronisch (9)	14	1%
5. Endometriose	46	4%
6. EUG	22	2%
7. Ovarialcysten	112	10%
8. Tubensterilisationen	507	48%
9. Tubenclips	32	
10. Uterus myomatosus	36	3%
11. Verwachsungen im kleinen Becken	151	13%
12. Verwachsungen im Narbenbereich	92	8%
13. Pelveoperitonitis ..	7	1%
14. Akute spezifische Entzündung (TBC, GO)	2	-
15. Andere	28	3%

Tabelle 5

Pelviskopische Befunde bei 158 Fällen mit der

Indikation " unklare Unterbauchschmerzen "

Städt. Marienkrankenhaus, Frauenklinik, Amberg , 1974-1978

	n	%
1. Adnexitis (akut/chronisch)	27	17%
2. Ovarialcyste	17	11%
3. Allan-Masters-Syndrom	12	8%
4. Endometriose, Endometritis	9	6%
5. Uterus myomatosus	5	3%
6. Appendicitis (akut/chronisch)	3	2%
7. Pelveoperitonitis nach Adnexitis	1	1%
8. Retroflexio uteri mobilis	1	1%
9. Uterus bicornis uni collis	1	1%
10. Adhäsionen	13	8%
11. Kein pathologischer Befund	87	55%

(Es wurden des öfteren mehrere Befunde gleichzeitig erhoben)

Tabelle 6

Pelviskopische Befunde bei 80 Fällen mit der
Vermutungsdiagnose " Extrauterin gravidität "
Städt. Marienkrankenhaus, Frauenklinik, Amberg , 1974-1978

	n	%
1. Extrauterin gravidität	21	26%
2. Anderer pathologischer Befund	14	18%
- Ovarialcyste	11	79%
- chronische Adnexitis	2	14%
- Pelveoperitonitis	1	7%
3. Kein pathologischer Befund	45	56%
Total:80		100%

Tabelle 7

Pelviskopische Befunde bei 54 Fällen mit der

Vermutungsdiagnose " Ovarialcyste "

Städt. Marienkrankenhaus, Frauenklinik, Amberg , 1974-1978

	n	%
1. Ovarialcyste	34	63%
2. Anderer pathologischer Befund	3	6%
- chronische Adnexitis	1	33%
- Appendicitis	1	33%
- Cystadeno-Ca des li. Ovars	1	33%
3. Kein pathologischer Befund	17	31%
Total:	54	100%

Tabelle 8

Pelviskopische Befunde bei 43 Fällen mit der
Vermutungsdiagnose " Adnexitis "

Städt. Marienkrankenhaus, Frauenklinik, Amberg , 1974-1978

	n	%
1. Adnexitis	22	51%
2. Anderer pathologischer Befund	6	14%
- Appendicitis (akut/chronisch)	2	33%
- alte Tubargravidität	1	16%
- Endometriose	1	16%
- Uterus myomatosus	1	16%
- Cystovar li.	1	16%
3. Kein pathologischer Befund	15	35%
Total:	43	100%

Tabelle 9

Pelviskopische Befunde bei 20 Fällen mit der

Vermutungsdiagnose " Endometriose "

Städt. Marienkrankenhaus, Frauenklinik, Amberg , 1974-1978

	n	%
1. Endometriose	9	45%
2. Anderer pathologischer Befund	4	20%
- chronische Adnexitis	2	50%
- Uterus myomatosus	1	25%
- rupturierte Ovarialcyste	1	25%
3. Kein pathologischer Befund	7	35%
Total:20		100%

Tabelle 10

Diagnostisches Ergebnis bei 197 diagnostischen Pelviskopien
mit den Vermutungsdiagnosen " Extrauterin gravidität " ,
" Ovarialcyste " , " Adnexitis " und " Endometriose "
Städt. Marienkrankenhaus, Frauenklinik, Amberg , 1974-1978

	n	%
Vermutungsdiagnose bestätigt	86	43,5%
Anderer pathologischer Befund	27	14,0%
Normaler innerer Genitalbefund	84	42,5%
Total:	197	100%

Tabelle 11

Zusätzliche operative Maßnahmen bei 1.120 Pelviskopien
Städt. Marienkrankenhaus, Frauenklinik, Amberg , 1974-1978

	n	%
1. Laparotomie bzw. Mini-LAP	57	5%
2. Interruptio	22	2%
3. Re - Tk	2	-
4. Re - LAP	2	-

Tabelle 12

Komplikationen bei 1.120 Pelviskopien

Städt. Marienkrankenhaus, Frauenklinik, Amberg, 1974-1978

	n	%
1. Blutungen	94	8%
- beim Durchtrennen der Tuben	37	39%
- bei Probeexcision	14	15%
- beim 2. Einstich	7	8%
- sonstige	36	38%
2. Emphyseme	13	1%
3. Sonstiges	10	1%

7. Literaturverzeichnis

1. Babenerd J. , I. Flehr
Erste Erfahrungen mit dem Tupla-Clip zur Tuben-sterilisation per laparoscopiam
Geburtsh. u. Frauenheilk. 38 (1978) 299 - 303
2. Bänninger U. , J. Kunz , W.E. Schreiner
Komplikationen und Zuverlässigkeit der laparoskopischen Elektro-Koagulation der Tuben
Geburtsh. u. Frauenheilk. 38 (1979) 393 - 400
3. Bailer P. , R. Rauskolb
Gynäkologische Laparoskopie
Geburtsh. u. Frauenheilk. 35 (1975) 747 - 753
- 3.a Berg D.
Persönliche Mitteilung
4. Brackebusch H.-D. , U. Schröder , H. Giesel und K. Semm
Pelviskopische Befunde bei 306 Patientinnen mit chronischen,unklaren Unterbauchschmerzen
Wissenschaftl. Information 4 (1978) 6 , Milupa AG

5. te Breuil W. , F. Boeminghaus
Harnleiterläsion bei laparoskopischer Tuben-
sterilisation
Geburtsh. u. Frauenheilk. 37 (1977) 572 - 576
6. Brun G. , F. Cossard
L'évolution des indications de la coeliascopie
entre 1973 et 1977
J.Gyn.Obst.Biol.Repr. 1979 , 3 , 299 - 306
7. Burmucic R. , M. Lahousen u. R. Kömetter
Die diagnostische Laparoskopie an der Geburts-
hilflich-gynäkologischen Universitätsklinik Graz
Gynäk.Rdsch. 18 124 - 131 (1978)
8. Efthimiadis J.
Seltener Zwischenfall nach Laparoskopie:
Inkarzeration einer Mesenterialhernie
Geburtsh. u. Frauenheilk. 34 (1974) 354 - 355
9. Erkrath K.D. , G. Weiler , G. Adebahr
Zur Aortenverletzung bei Laparoskopie in der
Gynäkologie
Geburtsh. u. Frauenheilk. 39 (1979) 687 - 689
10. Frangenheim H.
Komplikationen bei der gynäkologischen Laparoskopie
in: Intra- und postoperative Komplikationen in der
Gynäkologie (Hsg. Lutwin Beck , Thieme , Stuttgart 1979 ,
65 -76)

11. Frangenheim H.
Die Differentialdiagnose akuter Unterbauch-
erkrankungen
Gynäkologe 11 , 189 - 200 (1978)
12. Frangenheim H.
Tubensterilisation unter Sicht mit dem Laparoskop.
Neue Techniken und Instrumente zur Tubenligatur
und zum Tubenverschluß mittels Tantalum-Clips
Geburtsh. u. Frauenheilk. 33 (1973) 967 - 970
13. Frangenheim H.
Laparoskopie in der Gynäkologie (1)
Gynäkol.prax. 1 , 261 - 275 (1977)
14. Frangenheim H.
Laparoskopie in der Gynäkologie (3a)
Gynäkol.prax. 1 , 641 - 652 (1977)
15. Frangenheim H.
Laparoskopie in der Gynäkologie (3b)
Gynäkol.prax. 2 , 67 - 79 (1978)
16. Frangenheim H.
Statistischer Überblick ...(s. 50. Semm K.)
(Stellungnahme zu K. Semm , Geburtsh. u. Frauenheilk.
39 (1979) 537 - 544)
Geburtsh. u. Frauenheilk. 40 (1980) 164 - 166

17. Frick-Bruder V.
Unterleibsschmerzen mit psychosomatischer Genese
Gynäkol.prax. 3 , 525 -527 (1979)
18. Haag B. , H.A. Hirsch
Die laparoskopische Tubensterilisation allein
und als zusätzlicher Eingriff
Geburtsh. u. Frauenheilk. 34 (1974) 350 - 353
19. Hauber K.P.
Differentialdiagnose der chronischen und akuten
Adnexitis aus laparoskopischer Sicht
Gynäkol.prax. 1 , 277 - 293 (1977)
20. Havlíček S. , R. Poljanšek
Die sogenannte Second-look-Laparoskopie
Geburtsh. u. Frauenheilk. 39 (1979) 309 - 310
21. Henkel B.
Sofortiger intraoperativer Nachweis der Sicherheit
der Tubensterilisation
Geburtsh. u. Frauenheilk. 39 (1979) 682 - 686
22. Hepp H.
Vermeidung von Komplikationen bei der gynäkologischen
Laparoskopie und Hysteroskopie
in: Intra- und postoperative Komplikationen in der Gynä-
kologie (Hsg. Lutwin Beck , Thieme , Stuttgart 1979 ,

23. Hilfrich H.-J.
Gedanken zur Stellung der Laparoskopie in der
Gynäkologie
Geburtsh. u. Frauenheilk. 38 (1978) 594 - 597
24. Hirsch H.A.
Laparoskopie und Sterilisation
Gynäkologe 7 , 157 - 165 (1974)
25. Hirsch H.A. , E. Roos
Laparoskopische Tubensterilisation mit einer
neuen Bikoagulationszange
Geburtsh. u. Frauenheilk. 34 (1974) 340 - 344
26. Hirsch H.A.
Verbrennungen bei der laparoskopischen Tuben-
sterilisation und Möglichkeiten ihrer Vermeidung
Geburtsh. u. Frauenheilk. 34 (1974) 345 - 349
27. Homburg R. , T. Segal
Perforation of the urinary bladder by the
laparoscope
Am.J.Obstet.Gynec. 130 (1978) 5 , 597
28. Junker H.
Laparoskopische Tubensterilisation mit der
" Ein-Schnitt-Technik "
Geburtsh. u. Frauenheilk. 34 (1974) 952 -955

29. Kastendieck E. , W. Mestwerdt
Tierexperimentelle und klinische Aspekte der
laparoskopischen Tubensterilisation
Geburtsh. u. Frauenheilk. 33 (1973) 971 - 978
30. Kleißl H.P. , F. Christ , F. Eberlein
Bericht Über 700 Laparoskopien in der gynäkolo-
gischen Diagnostik
Geburtsh. u. Frauenheilk. 35 (1975) 354 - 359
31. Kunz S. , V. Probst
Zur derzeitigen Indikationsstellung, Häufigkeit und
Praxis der Tubensterilisation
Geburtsh. u. Frauenheilk. 35 (1975) 928 - 931
32. Larbig J. , E. Göltner , R. Bässler
Temperaturmessungen und histologische Befunde bei
laparoskopischer Tubensterilisation
Geburtsh. u. Frauenheilk. 35 (1975) 190 - 193
33. Lean T.H. , D. Vengadasalam and Lynda Painter Cole
A comparison of the clip and ring techniques for
laparoscopic sterilization of postabortion and
postpartum patients
Int.J.Gynecol.Obstet. 16 (1978) 150 - 156
34. Leeton J. , T. Selwood
The Tortuous Tube: Pregnancy rate following
laparoscopy and hydrotubation
Obst.Gynecol.Survey 34 (1979) 7 , 544 - 545

35. Loffer F.D. , D. Pent
Indications, contraindications and complications
of laparoscopy
Obst.Gynecol.Survey 30 (1975) 7
36. Madelenat P. , R. Palmer
Etude critique des libérations per-coeliascopiques
des adhérences péri-annexielles
J.Gyn.Obst.Biol.Repr. , 1979 , 8 , 347 - 352
37. Mäder H.P. , O. Käser , B. Haag
Die Bedeutung der Laparoskopie bei unklaren
Unterbauchschmerzen
Gynäkologe 6 , 126 - 128 , (1973)
38. Menken F.C.
Entgegnung zum Beitrag von W. Popp (Zur Technik des
Anlegens eines Pneumoperitoneums zum Zwecke der Pelvis-
Kopie , Geburtsh. u. Frauenheilk. 34 (1974) 948 - 951)
Geburtsh. u. Frauenheilk. 35 (1975) 547 - 548
39. Ober K.G.
Zur Methodik der laparoskopischen Sterilisierung
und zu möglichen Mißerfolgen
Geburtsh. u. Frauenheilk. 38 (1978) 593
40. Philipp E. , K. Semm
Die diagnostische Wertstellung der gynäkologischen
Pelviskopie
Geburtsh. u. Frauenheilk. 32 (1972) 46 - 50

41. Popp.W
Zur Technik des Anlegens eines Pneumoperitoneums
zum Zwecke der Pelviskopie
Geburtsh. u. Frauenheilk. 34 (1974) 948 - 951
42. Popp W.
Antwort auf Entgegnung von F.C. Menken (Geburtsh. u.
Frauenheilk. 35 (1975) 547 - 548)
Geburtsh. u. Frauenheilk. 35 (1975) 548
43. Puder H.
Nochmals zu den Mißerfolgen der laparoskopischen
Sterilisierung (Stellungnahme zur Bemerkung von
K.G. Ober , Geburtsh. u. Frauenheilk. 38 (1978) 593)
Geburtsh. u. Frauenheilk. 38 (1978) 1099
44. Semchyshyn S. , R.C. Strickler
Laparoscopy: Is it replacing clinical acumen?
Obst.a.Gynecol. 48 (1976) 615 - 618
45. Semm K.
Die Laparoskopie in der Gynäkologie
Geburtsh. u. Frauenheilk. 27 (1967) 1029 - 1042
46. Semm K.
Die Pelviskopie bei der sterilen Frau
Gynäkologe 3 , 118 - 125 (1971)
47. Semm K.
Sterilisierung im Wochenbett
Z.Geburtsh.Perinat. 180 (1976) 167 - 182

48. Semm K.
Die Mikrochirurgie in der Gynäkologie
Geburtsh. u. Frauenheilk. 37 (1977) 93 - 102
49. Semm K.
Pelviskopische Chirurgie in der Gynäkologie
Geburtsh. u. Frauenheilk. 37 (1977) 909 - 920
50. Semm K.
Statistischer Überblick über die Bauchspiegelung
in der Frauenheilkunde bis 1977 in der Bundesrepublik
Deutschland
Geburtsh. u. Frauenheilk. 39 (1979) 537 - 544
51. Semm K.
Pelviskopie und Hysteroskopie - Farbatlas und
Lehrbuch
Schattauer , Stuttgart - New York 1976
52. Stark G. , P. Heise , R. Bischoff
10-jährige Erfahrungen mit der Laparoskopie an der
Städtischen Frauenklinik Nürnberg
Fortschr.Med. 97 (1979) 10 , 457 - 458
53. Struben F.
Zur Effektivität der gynäkologischen Laparoskopie
Geburtsh. u. Frauenheilk. 34 (1974) 956 - 959

8. Zusammenfassung

Die vorliegende Arbeit untersucht anhand von 1.145 Pelviskopien in 5 Jahren (1974-1978) Indikationen und diagnostische Ergebnisse, Häufigkeit der Komplikationen - vor allem Blutungen (8%), meist beim Durchtrennen der Tuben - und vergleicht sie mit Arbeiten anderer Autoren in der Literatur.

Es wird gezeigt, wie häufig die Vermutungsdiagnose bestätigt werden konnte (43,5%) , in wieviel Fällen ein anderer pathologischer Befund vorlag (14%) und daß bei 42,5% der Patientinnen ein normaler innerer Genitalbefund erhoben werden konnte.

Anhand der ermittelten Ergebnisse und der Vorteile eines pelviskopischen Eingriffs (patientinnenorientierte, medizinische, wirtschaftliche) wird versucht, die Praktikabilität und Notwendigkeit der Pelviskopie in der klinischen Routine eines mittelgroßen, kommunalen, nicht-universitären Krankenhauses darzulegen.

Ich danke Herrn Prof.Dr.D.Berg für die Überlassung des
Themas sowie für die überaus große Unterstützung bei den
Vorarbeiten und dem Verfassen dieser Arbeit.

EHRENWÜRTLICHE ERKLÄRUNG

Ich erkläre ehrenwörtlich, daß ich die der Medizinischen Fakultät der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg zur Promotionsprüfung eingereichte Arbeit mit dem Titel:

Praktikabilität und Notwendigkeit
der Pelviskopie in einem mittel-
großen, kommunalen, nicht-universitären
Krankenhaus
(Ein 5-jähriger Erfahrungsbericht)

im Städtischen Marienkrankenhaus Amberg, Frauenklinik,
unter Leitung von Prof. Dr. D. Berg, ohne sonstige Hilfe
selbst durchgeführt und bei der Abfassung der Arbeit
keine anderen als die in der Dissertation angeführten
Hilfsmittel benutzt habe.

Ich habe bisher an keiner in- und ausländischen
medizinischen Fakultät bzw. Fachbereich Humanmedizin
ein Gesuch um Zulassung zur Promotion eingereicht, noch
die vorliegende Arbeit als Dissertation vorgelegt.

LEBENS LAUF

Am 31. Oktober 1954 wurde ich, Wolfgang Richard Schlömer , in Köln als erstes Kind des Kaufmanns Johannes Schlömer und seiner Ehefrau Christel Schlömer geb. Außern geboren. 1961 wurde ich in die Deutschherrnschule Saarbrücken eingeschult. Nach Beendigung der vier Grundschuljahre wechselte ich im Jahre 1965 auf das Städtische Knabenrealgymnasium Saarbrücken über. In den Jahren 1966-1973 besuchte ich das Leibnizgymnasium Offenbach, an dem ich am 5.6.1973 das Abitur bestand.

Zwischen 1973-1975 habe ich an der Université Catholique de Louvain in Belgien Medizin studiert. Anschließend Fortsetzung des Studiums an den Universitäten Marburg und Frankfurt. 1981/82 Praktisches Jahr im Lehrkrankenhaus Offenbach. Abschluß des Medizinstudiums mit Bestehen des Dritten Abschnitts der Ärztlichen Prüfung am 22.10.1982. Erteilung der Approbation am 28. Oktober 1982. Seit 3.1.1983 leiste ich meinen Grundwehrdienst von 15 Monaten als Stabsarzt bei der Bundeswehr ab.

Druck: Offsetdruckerei Karl Döres, 8520 Erlangen, Jägerstr. 3, Inh. B. Lengenfelder